



POSTA CERTIFICATA: Ospedale Gaslini, rendiconto 2016 - invio pronuncia di accertamento n. 121/2018/PRSS (Rif. ID. 76115918) (Centrone).

Per conto di: **liguria.controllo@corteconticert.it**
 Per: **direzionegenerale, direzionegenerale, collegiosindacale, protocollo, francesco.quaglia, assessore sanita, dirgen.sanita**
 Per favore, **rispondere a liguria.controllo**
 Questo messaggio ha una firma digitale.

02/10/2018 16:12

ISTITUTO GIANNINA GASLINI DOCUMENTO ASSEGNATO PER				
Dir. Generale	comp.	p.c.	Servizio	p.c.
		X	Dir. Amministrativo	X
Controllo Gestione Qualità Sicurezza			Serv. Amministrativi Sanitari	
Ser. Informativi			Risorse Umane	
Amb. Sicurezza			Contratti Trasporti	
Med. Preventiva			Bilancio	X
Formazione			Affari Gen. Legali	
UIRP			Beni e Servizi	
CABEF			Servizi Tecnici	
Relaz. Esterne			Gare e Contratti	
Dir. Scientifico			DIPS	
Dir. Sanitario				

2 allegati



daticert.xml delibera_121_2018.pdf

Messaggio di posta certificata

Il giorno 02/10/2018 alle ore 16:12:12 (+0200) il messaggio "Ospedale Gaslini, rendiconto 2016 - invio pronuncia di accertamento n. 121/2018/PRSS (Rif. ID. 76115918) (Centrone)." è stato inviato da "liguria.controllo@corteconticert.it" indirizzato a:

direzionegenerale@ospedale-gaslini.ge.it protocollo@pec.regione.liguria.it collegiosindacale@pecgaslini.it direzionegenerale@pecgaslini.it assessore.sanita@regione.liguria.it dirgen.sanita@regione.liguria.it francesco.quaglia@regione.liguria.it

Il messaggio originale è incluso in allegato.

Identificativo messaggio: opec288.20181002161212.13173.361.1.69@pec.aruba.it

----- Messaggio da liguria.controllo@corteconticert.it su Tue, 02 Oct 2018 16:12:03 +0200 -----

A: **direzionegenerale@ospedale-gaslini.ge.it, direzionegenerale@pecgaslini.it, collegiosindacale@pecgaslini.it, dirgen.sanita@regione.liguria.it**

Oggetto: Ospedale Gaslini, rendiconto 2016 - invio pronuncia di accertamento n. 121/2018/PRSS (Rif. ID

Prot. 0004073-02/10/2018-SC_LIG-T85-P

c.a. Assessore alla sanità

Direttore Dipartimento Salute

Direttore Generale dott.ssa Paola Petralia e al Presidente del Collegio Sindacale dott.

Giulio Torlonia

Su disposizione del magistrato istruttore, Dott. Donato Centrone, si trasmette, in allegato, copia della deliberazione n. 120/2018/PRSS adottata da questa sezione regionale di controllo nell'adunanza del 21 giugno u.s.

Cordiali saluti

La Segreteria della Sezione Regionale di Controllo della Corte dei Conti per la Liguria





CORTE DEI CONTI

SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO PER LA LIGURIA

composta dai magistrati:

Fabio VIOLA	Presidente
Francesco BELSANTI	Consigliere
Donato CENTRONE	Primo Referendario (relatore)
Claudio GUERRINI	Primo Referendario

nell'adunanza pubblica del 21 giugno 2018

visto il testo unico delle leggi sulla Corte dei conti, regio decreto 12 luglio 1934, n. 1214;

viste le leggi 21 marzo 1953, n. 161, e 14 gennaio 1994, n. 20;

vista la deliberazione delle Sezioni riunite della Corte dei conti n. 14 del 16 giugno 2000, che ha approvato il regolamento per l'organizzazione delle funzioni di controllo, modificata con le deliberazioni delle Sezioni riunite n. 2 del 3 luglio 2003 e n. 1 del 17 dicembre 2004;

vista l'art. 1, comma 170, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

visto l'art. 3, commi 3 e 7, del decreto-legge 10 ottobre 2012, n. 174, convertito dalla legge 7 dicembre 2012, n. 213;

vista la deliberazione della Sezione delle Autonomie della Corte dei conti n. 18/2017/INPR, con cui sono state approvate le linee guida, con correlato questionario, attraverso le quali i collegi sindacali degli enti del servizio sanitario nazionale devono riferire alle Sezioni regionali di controllo i risultati dei bilanci dell'esercizio 2016;

udito il relatore, primo referendario dott. Donato Centrone

Premesso in fatto

L'esame della relazione redatta dal Collegio sindacale dell'Istituto pediatrico di ricovero e cura a carattere scientifico "Giannina Gaslini" di Genova (di seguito, Istituto Gaslini), ai

sensi dell'art. 1, comma 3, del decreto-legge n. 174 del 2012, convertito dalla legge n. 213 del 2012, sul bilancio dell'esercizio 2016, ha fatto emergere alcune criticità, per le quali è stata inviata richiesta istruttoria in data 17 gennaio 2018. L'Istituto Gaslini ha fornito chiarimenti con la nota di risposta del 20 febbraio 2018.

Sono residue alcune potenziali irregolarità amministrativo-contabili, che hanno reso opportuna la richiesta al Presidente della Sezione di convocazione di adunanza pubblica per l'esame collegiale in contraddittorio con l'Azienda sanitaria. All'adunanza pubblica del 21 giugno 2018 sono intervenuti, in rappresentanza dell'Istituto pediatrico di ricovero e cura a carattere scientifico, il direttore amministrativo, dott. Faravelli Paolo, il dirigente responsabile del settore bilancio, dott.ssa Moncini Stefania, nonché, in rappresentanza della Regione, il direttore del dipartimento salute e servizi sociali, dott. Quaglia Francesco, il dirigente del settore audit, verifiche e controlli comunitari, dott.ssa Moscatelli Marisa e il funzionario del medesimo settore, dott.ssa Burlando Elena.

Considerato in fatto e diritto

L'art. 1, commi 166 e seguenti, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, ha previsto che le Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti, *"ai fini della tutela dell'unità economica della Repubblica e del coordinamento della finanza pubblica"*, svolgano verifiche ed accertamenti sulla gestione finanziaria degli enti locali e degli enti del servizio sanitario nazionale, esaminando, per il tramite delle relazioni trasmesse dagli organi di revisione economico finanziaria, i relativi bilanci. La magistratura contabile ha sviluppato tali verifiche in linea con le previsioni contenute nell'art. 7, comma 7, della legge 5 giugno 2003, n. 131, quale controllo ascrivibile alla categoria del riesame di legalità e regolarità, che ha la caratteristica di essere finalizzato all'adozione di effettive misure correttive da parte degli enti interessati.

L'art 1, comma 30, del decreto-legge n. 174 del 2012, convertito dalla legge n. 213 del 2012, ha integrato la predetta disciplina, disponendo che *"le Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti esaminano i bilanci preventivi e i rendiconti consuntivi delle Regioni e degli enti che compongono il Servizio sanitario nazionale, con le modalità e secondo le procedure di cui all' articolo 1, commi 166 e seguenti, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, per la verifica del rispetto degli obiettivi annuali posti dal patto di stabilità interno, dell'osservanza del vincolo previsto in materia di indebitamento dall'articolo 119, sesto comma, della Costituzione, della sostenibilità dell'indebitamento e dell'assenza di irregolarità suscettibili di pregiudicare, anche in prospettiva, gli equilibri economico-finanziari degli enti. I bilanci preventivi annuali e pluriennali e i rendiconti delle*



Regioni con i relativi allegati sono trasmessi alle competenti Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti dai Presidenti delle regioni con propria relazione”.

In base al successivo comma 7, qualora le Sezioni regionali della Corte accertino “squilibri economico-finanziari, mancata copertura di spese, violazione di norme finalizzate a garantire la regolarità della gestione finanziaria o mancato rispetto degli obiettivi posti con il patto di stabilità interno”, consegue l’obbligo per le amministrazioni interessate “di adottare, entro sessanta giorni dalla comunicazione del deposito della pronuncia di accertamento, i provvedimenti idonei a rimuovere le irregolarità e a ripristinare gli equilibri di bilancio. Tali provvedimenti sono trasmessi alle Sezioni regionali di controllo della Corte dei conti che li verificano nel termine di trenta giorni dal ricevimento”. Nel caso in cui la regione “non provveda alla trasmissione dei suddetti provvedimenti o la verifica delle Sezioni regionali di controllo dia esito negativo, è preclusa l’attuazione dei programmi di spesa per i quali è stata accertata la mancata copertura o l’insussistenza della relativa sostenibilità finanziaria”, precetto normativo che, alla luce della sentenza della Corte costituzionale n. 39/2014, va limitato ai programmi di spesa presenti nei soli bilanci delle aziende sanitarie e ospedaliere.

Le leggi n. 266 del 2015 e n. 213 del 2012, come ha precisato la Corte Costituzionale (per tutte, sentenze n. 60/2013 e n. 40/2014), hanno istituito tipologie di controllo, estese alla generalità degli enti locali e del servizio sanitario nazionale, funzionali a prevenire rischi per gli equilibri di bilancio. Tali controlli si collocano su un piano distinto rispetto a quelli sulla gestione amministrativa, aventi fonte nell’art. 3 della legge 14 gennaio 1994, n. 20, soprattutto in relazione agli esiti, e sono stati ritenuti compatibili con l’autonomia costituzionalmente riconosciuta a regioni, province e comuni, in forza del supremo interesse alla legalità finanziaria e alla tutela dell’unità economica della Repubblica perseguito in riferimento agli artt. 81, 119 e 120 Cost. Alla Corte dei conti è, infatti, attribuito il vaglio sull’equilibrio economico-finanziario del complesso delle amministrazioni pubbliche a tutela dell’unità economica della Repubblica (artt. 81, 119 e 120 Cost.). Tali prerogative assumono maggior rilievo nel quadro delineato dall’art. 2, comma 1, della legge costituzionale 20 aprile 2012, n. 1, che, nel comma premesso all’art. 97 della Costituzione, nonché nel riformulato art. 119, richiama il complesso delle pubbliche amministrazioni, in coerenza con l’ordinamento dell’Unione europea, ad assicurare l’equilibrio dei bilanci e la sostenibilità del debito pubblico.



I. Perdita d'esercizio 2016 e procedura di approvazione regionale

In sede di esame della relazione del Collegio sindacale sul bilancio dell'esercizio 2016 è stato rilevato che l'IRCCS Gaslini, con delibera del Consiglio di amministrazione n. 83 del 19 giugno 2017, ha adottato il bilancio d'esercizio 2016, chiuso con una perdita in conto economico pari a euro 8.601.400. Tale importo risulta contenuto nei limiti previsti dalla delibera di Giunta regionale n. 302 del 14 aprile 2017, che, al punto 4), nel determinare il *"livello massimo degli eventuali disavanzi di esercizio delle Aziende Sanitarie, Istituti ed Enti equiparati, tenuto conto delle assegnazioni attribuite con il presente provvedimento e del livello dei costi di cui ai modelli CE riferiti al quarto trimestre 2016"*, aveva stabilito, per l'Istituto, una perdita massima di euro 11.800.000.

Nella risposta istruttoria del 20 febbraio 2018, l'IRCCS ha precisato che la Regione, con DGR n. 813 del 13 ottobre 2017, non ha approvato il bilancio d'esercizio 2016. In particolare, ha prescritto all'Istituto di iscrivere, nell'apposita voce di ricavo, le donazioni ed i lasciti senza vincolo di destinazione (già quantificati in euro 2.452.692 dal Direttore generale dell'Istituto), nonché eventuali ulteriori importi derivanti da contributi non vincolati di competenza dell'esercizio 2016. Di conseguenza, ha richiesto, recepite le predette modifiche contabili, l'approvazione di un nuovo bilancio di esercizio 2016, da trasmettere entro il 15 dicembre 2017 (anche al fine di consentire, per la copertura della perdita residua, ai sensi dell'art. 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, la contabilizzazione nei termini prescritti dall'art. 20, comma 2, lettera d), del d.lgs. n. 118 del 2011). In sostanza, con il sopra indicato provvedimento, la Regione ha richiamato l'Istituto all'osservanza dell'art. 29, comma 1, lettera f), del d.lgs. n. 118 del 2011, in base al quale *"le plusvalenze, le minusvalenze, le donazioni che non consistono in immobilizzazioni, né siano vincolate all'acquisto di immobilizzazioni, nonché le sopravvenienze e le insussistenze, sono iscritte fra i proventi e gli oneri straordinari"*.

A seguito della richiamata DGR n. 813/2017, il CdA dell'Istituto, con deliberazione n. 177 del 25 novembre 2017, ha riaperto il bilancio d'esercizio 2016, disponendo l'iscrizione, tra le sopravvenienze attive, dell'importo di euro 2.003.386, precedentemente inserito nel solo stato patrimoniale (per euro 1.826.018 tra le *"Riserve da donazioni e lasciti vincolati ad investimenti"* e, per euro 177.368, tra le *"Altre riserve"*), e demandato agli uffici competenti la rivisitazione integrale di stato patrimoniale e conto economico, nonché l'acquisizione di una nuova relazione del Collegio sindacale.



La modifica, comportando un aumento dei ricavi, ha ridotto di pari importo la perdita di esercizio, che è passata da euro 8.601.400 ad euro 6.598.014 (il totale del "Patrimonio netto" è rimasto, invece, invariato, in quanto, a fronte di una riduzione alle voci "Riserve da donazioni e lasciti vincolati ad investimento" e delle "Altre riserve", vi è stata una corrispondente diminuzione della "Perdita di esercizio"). Nel provvedimento di riadozione del bilancio è stato solo precisato che, dall'importo delle donazioni e lasciti senza vincolo di destinazione (euro 2.452.692), deve essere esclusa la somma di euro 449.306, rappresentante il controvalore di immobilizzazioni acquisite.

Con successiva DGR n. 972 del 30 novembre 2017, la Regione ha approvato gli schemi di bilancio riadottati dal CdA dell'Istituto, attestando l'avvenuta osservanza delle precedenti prescrizioni, e, per l'effetto, ha fatto proprie le nuove risultanze del bilancio d'esercizio 2016 e coperto la perdita residua. Successivamente, il Direttore generale dell'Istituto, con delibera n. 1034 del 5 dicembre 2017, ha recepito formalmente le determinazioni regionali, ripresentando il bilancio d'esercizio 2016 al Collegio sindacale per il parere di competenza (espresso in data 20 dicembre 2017, con verbale n. 14/2017), bilancio che è stato riadottato formalmente con delibera CdA n. 179 del 22 dicembre 2017.

Si è ritenuto opportuno il deferimento in adunanza collegiale al fine di acquisire aggiornamenti in relazione al finanziamento, in termini di competenza e di cassa, da parte della Regione Liguria, della residua perdita registrata dall'Istituto al termine dell'esercizio 2016, nonché sull'evoluzione del contenzioso pendente fra i due Enti in relazione alla copertura delle perdite degli esercizi pregressi.

Nella memoria del 19 giugno, l'Istituto Gaslini ha ricordato che la Regione, con DGR 1191 del 28 dicembre 2017, ha impegnato la somma di euro 6.598.014 a copertura della perdita di esercizio 2016, di cui al bilancio di esercizio approvato con delibera CdA n. 179/2017 (approvato con DGR 193/2018).

Per quanto riguarda il contenzioso con la Regione, precisa che, nel corso del corrente anno, è stata stipulata una transazione, approvata con delibera CdA n. 15 del 19 febbraio 2018 (e dalla Regione con DGR n. 289 del 26 aprile 2018), siglata da entrambe le parti nel mese di giugno 2018.

Gli effetti della predetta transazione hanno avuto ricadute sul bilancio di esercizio 2017 in quanto, come già previsto dalla DGR n. 93 del 30 marzo 2018, il Gaslini ha proceduto ad assorbire:



- la quota di perdita 2015, non coperta dalla Regione per euro 2.000.000, utilizzando donazioni/eredità a suo tempo accantonate;

- la quota di perdita 2014, non coperta dalla Regione per euro 2.000.000, utilizzando donazioni/eredità a suo tempo accantonate;

- la quota di perdita 2013, non coperta dalla Regione per euro 2.000.000, utilizzando donazioni/eredità già a suo tempo accantonate;

- le perdite residue degli esercizi 2006 e 2007, pari a euro 3.233.047, utilizzando la somma residua derivante dal contributo straordinario statale concesso ai sensi dell'art. 31, comma 1, del d.l. 159 del 2007, convertito dalla legge n. 222 del 2007, nonché da donazioni/eredità a suo tempo accantonate.

Inoltre, l'Istituto ha appostato, alla voce di conto economico "*proventi straordinari*", le donazioni e/o lasciti pervenuti nel 2017 senza finalizzazione o vincolo di destinazione (pari a euro 877.555) e, alla voce "*sopravvenienze attive*", le donazioni e/o lasciti pervenuti fino all'esercizio 2015 senza finalizzazione e/o vincolo di destinazione (pari a euro 821.824, prima imputate tra le "*Riserve da donazioni e lasciti vincolati*").

Pertanto, al 31 dicembre 2017 rimangono aperte perdite pregresse per euro 10.515.550, pari al solo ammontare delle quote residue (2015, euro 3.917.536; 2016, euro 6.598.014) che si è impegnata a coprire la Regione (DGR n. 1243/2016, modificata da DGR n. 436/2107, e con DGR n. 1191/2017), per le quali è stato pertanto appostato il corrispondente importo tra i "*crediti verso Regione*". Quest'ultima, il 15 giugno 2018, ha erogato euro 3.917.536 a titolo di ripiano perdite 2015 (allo stato attuale, non ha materialmente erogato la quota di perdita relativa al solo esercizio 2016).

Il conseguimento dell'equilibrio economico degli enti del SSN

Il legislatore ha imposto, da tempo, agli enti del servizio sanitario regionale, in ossequio ai principi di economicità ed efficienza, il rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi. In questo senso varie norme, contenute nella legge di riforma del servizio sanitario (art. 4, comma 8, del d.lgs. n. 502 del 1992), nelle leggi finanziarie o di stabilità (art. 10 legge n. 724 del 23 dicembre 1994; art. 3, comma 2, del decreto-legge n. 347 del 18 settembre 2001, convertito dalla legge n. 405 del 16 novembre 2001; art. 1, comma 274, della legge 266 del 23 dicembre 2005, etc.), nonché negli accordi stipulati in seno alla Conferenza Stato-Regioni (per esempio, Intesa del 23 marzo 2005, i cui contenuti sono stati confermati nelle premesse dei Patti per la salute del 3 dicembre 2009 e del 10 luglio 2014).



In particolare, con l'art. 6 della predetta Intesa del 23 marzo 2005, le Regioni si sono impegnate a garantire l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale sia nel suo complesso, sia con riferimento alle singole aziende sanitarie, ospedaliere e ospedaliere-universitarie, ivi compresi i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. A tal fine, sono state confermate le forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti economici e l'obbligo dell'adozione di misure, compresa l'eventuale decadenza dei direttori generali, per la riconduzione in equilibrio della gestione (fermo restando quanto disposto dal comma 174 dell'art. 1 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, norma che impone alle regioni di garantire il complessivo equilibrio economico del servizio sanitario, attribuendo poteri di controllo sostitutivo allo Stato, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n. 131).

In caso di andamento economico non coerente con gli obiettivi, i direttori generali degli enti del SSR sono tenuti a presentare un piano, contenente le misure idonee a ricondurre la gestione nei limiti degli obiettivi assegnati, pena la dichiarazione di decadenza, ad opera della regione. Quest'ultima sanzione opera, in particolare, nei seguenti casi: a) mancata o incompleta presentazione della certificazione trimestrale nei termini stabiliti; b) mancata presentazione del piano di rientro; c) mancata riconduzione della gestione entro gli obiettivi assegnati. Infine, le regioni devono definire l'obbligo per gli enti del SSR di effettuare spese solo nei limiti degli obiettivi economico-finanziari assegnati in sede di bilancio preventivo.

Gli obblighi di conseguimento dell'equilibrio economico-patrimoniale degli enti del servizio sanitario sono ribaditi anche dalla legge regionale della Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, il cui art. 2 dispone che la Regione presiede alla programmazione, al monitoraggio ed al controllo dei livelli di assistenza erogati dai soggetti pubblici e privati accreditati, perseguendo vari obiettivi, fra i quali il predetto equilibrio economico-finanziario.

Il successivo art. 3, comma 4, prescrive, poi, che le aziende sanitarie e gli altri soggetti erogatori rispondano alla Regione, oltre che della qualità e appropriatezza delle prestazioni rese, anche della capacità di conseguire gli obiettivi di salute a fronte delle risorse assegnate.

Ancora più specifico l'art. 17 (i cui contenuti precettivi trovano applicazione, in virtù della norma di rinvio contenuta nell'art. 29 della medesima legge regionale, anche ai soggetti eroganti attività ospedaliera), che, al comma 3, impone alle aziende sanitarie di perseguire economicità ed efficienza produttiva nella gestione, con obbligo, in particolare, per il direttore generale, ex art. 19, comma 6, della stessa legge, di raggiungere gli obiettivi indicati



(la legge regionale richiama, infine, all'art. 88, quali disposizioni di chiusura, le norme del d.lgs. n. 502 del 1992, nonché le altre nazionali vigenti in materia).

La legge regionale n. 41 del 2006, nell'esercizio della potestà concorrente di coordinamento della finanza pubblica, attribuita dall'art. 117 della Costituzione (nonché dei poteri, sempre concorrenti, attribuiti in materia di tutela della salute), nel declinare l'obbligo del perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario del sistema, ha imposto alle aziende sanitarie (ed ai soggetti equiparati) l'onere di raggiungere predeterminati obiettivi (di livello dei costi o di rapporto fra ricavi e costi), senza richiedere necessariamente (anche ai direttori generali) l'equilibrio annuale del conto economico. Si tratta di scelta che appare imposta dalla natura di enti a finanza, quasi integralmente, derivata dalle aziende sanitarie e ospedaliere. Di conseguenza, le scelte di gestione aziendale possono (e devono) incidere sul livello dei costi (in primo luogo, di quelli modulabili nel breve-medio periodo), mentre molto limitata è l'incidenza sui ricavi (secondo fattore del risultato economico), condizionata dalla quantità di finanziamenti attribuiti dalla Regione nel corso dell'esercizio.

Gli obblighi di conseguimento dell'equilibrio economico-patrimoniale posti in capo agli enti del SSN risultano maggiormente verificabili (e confrontabili) dopo l'emanazione del d.lgs. n. 118 del 2011, di armonizzazione dei bilanci, che, agli articoli 26, comma 3, e 32, comma 6, stabilisce, al fine di conferire struttura uniforme alle voci del preventivo economico annuale e del bilancio d'esercizio, nonché omogeneità ai valori inseriti in tali voci, che i bilanci di esercizio debbano essere predisposti secondo appositi schemi (allegati al medesimo decreto legislativo). Oltre a uniformare questi ultimi (conto economico, stato patrimoniale, nota integrativa e rendiconto finanziario), l'art. 29 del d.lgs. n. 118 del 2011 impone l'osservanza di precisi principi contabili, con l'obiettivo di consentire l'iscrizione delle poste economiche e patrimoniali con le medesime regole su tutto il territorio nazionale.

Per quanto interessa in questa sede, in particolare, il comma 1, lett. d), prevede che *"i contributi per ripiano perdite sono rilevati in un'apposita voce del patrimonio netto sulla base del provvedimento regionale di assegnazione, con contestuale iscrizione di un credito verso regione. Al momento dell'incasso del credito, il contributo viene stornato dall'apposita voce del patrimonio netto e portato a diretta riduzione della perdita all'interno della voce utili e perdite portati a nuovo"*.

Il comportamento contabile adottato da Regione ed Istituto appare, pertanto, conforme alla norma contabile del decreto sull'armonizzazione ora esposta, che, per evitare che i contributi per ripiano perdite, erogati dalle regioni in anni successivi a quello di emersione,



inquino il risultato economico dell'esercizio di attribuzione (gonfiando, impropriamente, i ricavi), ha imposto la rilevazione di questo tipo di contributi (quali quelli erogati dalla Regione Liguria, a copertura delle perdite dell'esercizio 2015, con la citata DGR n. 1243/2016) solo nelle scritture patrimoniali.

Infine, per quanto concerne i tempi di erogazione per cassa, va ricordato che la copertura dei disavanzi delle aziende sanitarie avviene, come previsto dalla normativa sopra citata (nonché dall'art. 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005), con le risorse aggiuntive derivanti dalle manovre fiscali regionali deliberate nell'esercizio successivo (in particolare, variazione delle aliquote dell'imposta regionale sulle attività produttive e dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito). L'art. 20 del d.lgs. n. 118 del 2011, al comma 2-bis, dispone, in proposito, che *"i gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali e destinati al finanziamento del SSR sono iscritti nel bilancio regionale nell'esercizio di competenza dei tributi"*. Di conseguenza, le perdite registrate dagli enti del SSR nell'esercizio 2016, coperte mediante l'innalzamento delle aliquote delle addizionali regionali di competenza 2017, vengono erogate nel corso del 2018, a seguito dell'incasso dei corrispondenti trasferimenti statali.

II. Risultato della gestione operativa 2016.

Il questionario redatto dal Collegio sindacale sul bilancio d'esercizio 2016 ha evidenziato il peggioramento, rispetto al 2015, del risultato della gestione operativa, che cresce, in termini negativi, da euro 1.773.714 a euro 2.928.742.

In riscontro ai chiarimenti richiesti, l'Istituto, nella risposta del 20 febbraio 2018, ha specificato che il peggioramento è dovuto alla diminuzione del valore della produzione, passato da euro 172.081.019 ad euro 170.649.286 (- 1.431.733), che ha più che compensato la riduzione dei costi, passati da euro 173.854.733 ad euro 173.578.028. In particolare, i principali decrementi del *"valore della produzione"* hanno interessato le voci *"contributi in c/esercizio"* (per euro 3.537.926), *"concorsi, recuperi e rimborsi"* (per euro 1.217.312) e *"Quota contributi in c/capitale imputata all'esercizio"* (per euro 1.267.136), solo parzialmente compensati da un incremento significativo della voce *"Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria"* (per euro 4.951.998).

Le variazioni che hanno interessato le voci *"Contributi in c/esercizio"* e *"Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria"*, come precisato dall'Istituto, derivano da una differente imputazione contabile del finanziamento regionale 2016 (rimasto



complessivamente invariato rispetto all'anno precedente). Infatti, una quota del fondo sanitario indistinto (pari a circa euro 6.100.000) è transitata dai contributi in conto esercizio ai conti di ricavo relativi alla produzione (nell'esercizio 2016, inoltre, è stato riconosciuto alle voci di produzione un incremento di circa il 20% sulle precedenti tariffe DRG).

In conclusione, le principali variazioni in aumento ed in diminuzione che hanno interessato il "*Valore della produzione*", e che hanno determinato una riduzione complessiva di tale macroaggregato per circa 1,45 milioni, possono così sintetizzarsi:

- i ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria hanno registrato un incremento (al netto della diminuzione dei "*Contributi in conto esercizio da regione per quota FSR*", discendente dalla sopra indicata riallocazione contabile) per circa 1,4 milioni di euro;

- i "*concorsi e recuperi diversi*" (che contengono la quota di *pay back* derivante dal rimborso, da parte delle case farmaceutiche, dello sfioramento della spesa in anni pregressi ed i rimborsi assicurativi per la gestione diretta dei rischi), sono diminuiti di 1,2 milioni di euro;

- la "*quota contributi in c/capitale imputata all'esercizio*" (quota di ricavo a sterilizzazione dei costi degli ammortamenti dei cespiti acquistati con finanziamenti di terzi) e gli "*Altri ricavi e proventi*" (tra cui affitti e altri proventi commerciali) sono diminuiti complessivamente di 1,7 milioni di euro.

Le principali variazioni in diminuzione dei "*costi della produzione*" hanno riguardato, invece, le seguenti macro-voci:

- gli "*acquisti di beni*", per 670.470. In particolare, gli acquisti di beni non sanitari hanno registrato un decremento di euro 1.187.492 grazie al venir meno del costo per l'acquisto di prodotti alimentari e materiali vari, a seguito dell'attivazione (da ottobre 2015) del servizio di mensa externalizzato (gli acquisti di beni sanitari sono aumentati di euro 517.022);

- gli "*acquisti di servizi sanitari*", in diminuzione di euro 1.447.329, principalmente per il decremento dei costi per collaborazioni, prestazioni di lavoro interinale e altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria;

- gli "*oneri diversi di gestione*", in diminuzione di euro 396.632, principalmente in ragione del decremento degli oneri derivanti dalla gestione diretta del rischio sanitario (parzialmente compensati dall'incremento dei costi per organi istituzionali e per la ricerca);

- gli "*ammortamenti*", diminuiti di euro 483.502, a seguito del completamento della vita utile di alcuni cespiti, compensato, solo in parte, dai nuovi costi derivanti dagli investimenti effettuati nel corso dell'esercizio 2016.



Tali decrementi sono stati, tuttavia, parzialmente compensati dai predetti incrementi:

- gli *"acquisti di servizi non sanitari"*, aumentati complessivamente di euro 1.041.565, a seguito, principalmente, dell'attivazione del servizio mensa esternalizzato, solo parzialmente compensato dalla riduzione (per euro 940.000) dei costi per collaborazioni e prestazioni di lavoro interinale;

- la *"variazione delle rimanenze"*, pari ad euro 367.459, imputabile, principalmente, ad una diminuzione delle scorte di magazzino di beni sanitari;

- gli *"accantonamenti"*, aumentati complessivamente di euro 1.213.011, in quanto, a fronte di una riduzione per euro 470.790 di quelli per rischi, si è registrato un incremento di euro 1.683.801 delle *"quote inutilizzate di contributi vincolati"* (principalmente imputabile all'accantonamento della quota destinata alla transazione con il consorzio Micenes scarl, autorizzata con DGR n. 1185/2016, i cui oneri sono stati coperti dalla Regione).

Per quanto riguarda le iniziative intraprese per riportare in equilibrio il risultato della gestione operativa, l'Istituto, che è tenuto a osservare il *"Piano di riorganizzazione del SSR"*, in fase di implementazione da parte della Regione, nonché le conseguenti linee di indirizzo impartite da A.Li.Sa, si è impegnato, in particolare, sulle seguenti azioni:

- razionalizzazione dei servizi non sanitari, con particolare riferimento a quelli di pulizia, lavanderia, sterilizzazione e mensa;

- efficientamento dei costi dei servizi sanitari, con particolare riferimento alle consulenze mediche e ad agli altri richiesti a soggetti terzi;

- efficientamento sui beni sanitari, con particolare riguardo ai processi di acquisizione, stoccaggio e distribuzione di farmaci, reagenti, dispositivi medici e impiantabili.

Per quanto riguarda, invece, l'incremento dei ricavi, l'Istituto sta cercando di implementare alcune linee di attività contenute nel *"Piano strategico"*, in particolare riguardanti lo sviluppo ed il potenziamento delle proprie nicchie di eccellenza.

Preso atto delle motivazioni esposte e delle azioni adottate dall'Istituto al fine di condurre in equilibrio la gestione operativa, è parso opportuno il deferimento in adunanza collegiale al fine di acquisire informazioni sull'evoluzione della predetta gestione nel corso dell'esercizio 2017, nonché sulle azioni programmate nel presente esercizio 2018.

Nella memoria del 19 giugno 2018, l'Istituto ha evidenziato che, nel 2017, la gestione caratteristica ha palesato un peggioramento, rispetto all'esercizio precedente, di euro 4.450.905. Il valore della produzione, infatti, è diminuito di euro 5.699.495, pari a -3,34%



(da euro 170.649.286 ad euro 164.949.791). I costi della produzione sono anch'essi diminuiti, ma in misura inferiore rispetto ai ricavi (da euro 173.578.028 ad euro 172.329.438, con una riduzione di euro 1.248.590, pari al 0,72%).

La memoria precisa che le variazioni sono, in prevalenza, dovute a diminuzioni delle voci "contributi in c/esercizio" (per euro 3.663.723), "ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria" (per euro 2.918.340), "quota contributi in c/capitale imputata all'esercizio" (per euro 640.734), parzialmente compensate da un incremento delle voci di costo "utilizzo fondi per quote inutilizzate di contributi vincolati di esercizi precedenti" (per euro 1.322.116) e "concorsi, recuperi e rimborsi" (per euro 127.496).

Nello specifico, i finanziamenti regionali, rispetto all'esercizio precedente, hanno subito complessivamente una riduzione di euro 5.242.320, passando da euro 134.637.715 ad euro 129.395.395. Tuttavia, la quota a titolo di "contributi" è diminuita complessivamente di euro 2.414.733, mentre i "ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria" hanno subito una diminuzione di euro 2.827.587.

Le principali variazioni in diminuzione dei costi sono imputabili a:

- "acquisti di servizi sanitari" (per euro 846.540), principalmente imputabili del decremento dei costi per collaborazioni e prestazioni di lavoro interinale;

- "acquisti di servizi non sanitari" (per euro 962.048);

- "accantonamenti dell'esercizio" (per euro 1.109.587), in prevalenza per l'utilizzo degli accantonamenti di "quote inutilizzate di contributi vincolati" (per euro 1.032.509), in particolare per il venir meno di circa euro 1.700.000, destinata alla transazione con il consorzio Micenes scarl (DGR n. 1185/2016), coperti dalla Regione, parzialmente compensato da un aumento di accantonamenti di quote inutilizzate di contributi ricevuti da soggetti privati per circa euro 1.140.000.

Le suddette diminuzioni sono state, tuttavia, parzialmente compensate dai seguenti incrementi:

- "acquisti di beni" (per euro 1.918.732), quasi esclusivamente imputabile all'acquisto di farmaci (per euro 2.150.000), parzialmente compensato da una riduzione di circa euro 460.000 nell'acquisto di diagnostici e dispositivi medici;

- "personale" (per euro 550.000);

- "oneri diversi di gestione" (euro 127.025), imputabile prevalentemente all'incremento dei costi per organi istituzionali.



La memoria espone, infine, le azioni programmate per l'esercizio 2018, che saranno oggetto di successivo esame da parte della scrivente Sezione regionale di controllo.

III. Contributi da Regione per quota fondo sanitario regionale indistinto

La relazione del Collegio sindacale sul bilancio dell'esercizio 2016 attesta una quota di ricavi imputabili al "fondo sanitario indistinto" (voce A.1.A.1) del modello CE, redatto ai sensi del DM 15 giugno 2012) pari a euro 51.758.763, apparsa particolarmente elevata in rapporto ai "ricavi da erogazione di prestazioni sanitarie e socio sanitarie" (voce A.4.A del conto modello CE), pari a euro 81.236.693. Pertanto, facendo seguito ad interlocuzioni istruttorie precedenti, è stato chiesto di precisare le motivazioni degli atti regionali di attribuzione del fondo sanitario indistinto.

Nella risposta del 20 febbraio 2018, l'Istituto ha comunicato che il finanziamento a titolo di fondo sanitario indistinto è stato attribuito dalla Regione con i seguenti atti.

DGR 1233/2016	Fondo sanitario indistinto e fondo realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale anno 2016	51.326.785
Decreto 6325/2016	Rimborso costi organizzativi per le spese di trasporto e soccorso con le associazioni di volontariato anno 2016	3.590
DGR 1019/2016	Prestazioni sanitarie di alta specialistiche a favore di cittadini stranieri anno 2016	278.954
Decreto 5439/2016	Progetto di ricerca bando del Ministero della Salute "Conto capitale 2015" cofinanziamento regionale	100.000
Decreto 5493/2016	Rimborso spese assicurative trasporto e soccorso con le associazioni di volontariato anno 2016	5.789
	Contributi da Regione per gestione diretta rischi	4.967
DGR 1233/2016	Fibrosi cistica ricerca	38.678
	<u>Totale voce A.1.A.1.)</u>	<u>51.758.763</u>

Per quanto riguarda la sensibile incidenza percentuale rispetto ai ricavi complessivi, la risposta rinvia a quanto già rappresentato in occasione dell'interlocuzione relativa al bilancio dell'esercizio 2015. Infatti, anche per il 2016, la Regione non ha previsto, nei provvedimenti di riparto, una specifica e separata valorizzazione di alcune funzioni assistenziali svolte dall'Istituto. La DGR n. 1233/2016, di "Assegnazione alle Aziende e agli Enti del S.S.R. del Fondo sanitario Indistinto e del Fondo per la realizzazione degli obiettivi del PSN per

l'anno 2016", ha inserito, infatti, come voce indistinta, anche i finanziamenti destinati alle seguenti funzioni: trasporto di emergenza neonatale; screening neonatale metabolico esteso e screening neonatale di massa; tenuta registro malattie rare; risorse per la fibrosi cistica.

L'Istituto ha rappresentato che, invece, per il 2017, la Giunta regionale, con deliberazione n. 500 del 30 giugno 2017, ha effettuato una prima individuazione, e relativa specifica valorizzazione economica, di talune delle predette funzioni assistenziali.

Preso atto dei chiarimenti forniti, si è ritenuto opportuno il deferimento in adunanza collegiale al fine di acquisire ulteriori aggiornamenti, alla luce di quanto disposto dall'art. 8-sexies del d.lgs. n. 502 del 1992, circa il percorso di progressiva puntuale quantificazione dei finanziamenti da attribuire all'Istituto, che, come emerso in istruttoria (anche in precedenti occasioni), eroga prestazioni pediatriche, anche di elevata complessità, caratterizzate da un assorbimento di costi più elevato rispetto alle omologhe prestazioni fornite a pazienti in età adulta.

Sul punto, la memoria pre adunanza non ha fornito ulteriori elementi informativi, rinviando ad eventuali determinazioni regionali.

Il rapporto fra finanziamento regionale indistinto e ricavi complessivi

La Sezione prende atto dei chiarimenti forniti, pur ribadendo la necessità che la Regione renda maggiormente evidente, e verificabile, in sede di attribuzione dei finanziamenti annui, il collegamento fra funzioni non tariffate erogate e fondi attribuiti, con conseguente differente contabilizzazione, da parte dell'Istituto, rispetto alle attività tariffate.

Il legislatore nazionale, avente competenza esclusiva in materia di armonizzazione dei bilanci pubblici, distingue, infatti, i ricavi da prestazioni sanitarie e socio sanitarie (voce A.4.4 del modello CE) da quelli indistinti finalizzati a remunerare prestazioni non tariffate (voce A.1.A.1). Il citato art. 8-sexies del d.lgs. n. 502 del 1992 prevede che le strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del servizio sanitario nazionale siano finanziate secondo un ammontare globale predefinito, indicato negli accordi contrattuali disciplinati dal precedente articolo 8-quinquies, determinato in base alle funzioni assistenziali ed alle attività svolte. A tali fini, le funzioni assistenziali, elencate nel comma 2 del citato art. 8-sexies (programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale; partecipazione a programmi di prevenzione; attività con rilevanti costi di attesa, compreso il sistema di allarme sanitario e di trasporto in emergenza, etc.), sono remunerate in base al costo standard di produzione del programma di assistenza, mentre le attività,



specificate al comma 4 del medesimo articolo (assistenza ospedaliera per acuti erogata in regime di degenza ordinaria e di *day hospital*, prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, etc.), sono remunerate in base a tariffe predefinite per prestazione.

Sul piano contabile, il DM Salute del 15 giugno 2012, di approvazione dei modelli CE ed SP dei bilanci degli enti del servizio sanitario nazionale (la cui portata precettiva è stata rafforzata dagli artt. 26 e 32 del d.lgs. n. 118 del 2011), prevede che la voce A.1.A.1 (contributi da Regione per quota fondo sanitario indistinto) contenga i ricavi per *"la quota capitaria, i finanziamenti per funzioni non tariffate e, in generale, tutti i contributi legati alla quota indistinta del riparto delle disponibilità finanziarie per il servizio sanitario nazionale"* (e, in osservanza a tale regola, le aziende sanitarie liguri iscrivono i ricavi derivanti dalla quota capitaria). Diversamente, la voce A.4.A.1. (ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad aziende sanitarie pubbliche della regione) contiene i ricavi per le prestazioni di degenza ordinaria per acuti, di *day surgery* e *day hospital*, di lungodegenza e riabilitazione, di specialistica ambulatoriale, etc. Si tratta delle prestazioni tariffate che le aziende ospedaliere (e, come visto, i soggetti assimilati) devono erogare, in base ai contratti stipulati ai sensi dell'art. 8-*quinquies* del d.lgs. n. 502 del 1992, alle aziende sanitarie pubbliche (sistema di finanziamento adottato, per esempio, in Lombardia) o alla regione (sistema di finanziamento adottato, per esempio, in Liguria).

La correttezza dei criteri di contabilizzazione delle poste di ricavo non è, peraltro, fine a se stessa, posto che, al fine di evitare il rischio di comportamenti opportunistici, tesi ad occultare la reale situazione economica di un'azienda ospedaliera (il cui equilibrio, a fronte di costi prevalentemente fissi, dipende dal livello dei finanziamenti erogati), il comma 1-*bis* dell'art. 8-*sexies* del d.lgs. n. 502 del 1992, inserito dall'art. 15 del decreto-legge n. 95 del 2012, convertito dalla legge n. 135 del 2012, ha imposto che, dal 2013, il valore complessivo della remunerazione delle funzioni assistenziali (prestazioni non tariffate) non possa in ogni caso superare il 30 per cento del limite di remunerazione assegnato.

Inoltre, i commi da 521 a 537 della legge n. 208 del 28 dicembre 2015, nell'introdurre misure finalizzate al risanamento degli enti del servizio sanitario nazionale (come già analizzato dalla scrivente Sezione nelle deliberazioni n. 25 e 37/2016/PRSS e n. 69/2017/PRSS), ha previsto che ogni regione, entro il 30 giugno di ogni anno, deve individuare le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliero-universitarie (AOU) e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) che presentano, alternativamente: a)



uno scostamento tra costi e ricavi pari o superiore al 7 per cento dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 7 milioni di euro; b) il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure. Analogo accertamento va effettuato, dal 2017, per le aziende sanitarie locali (ASL), e relativi presidi a gestione diretta (PO).

Nello specifico, il comma 526 aveva rimesso ad un decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze (poi adottato in data 21 giugno 2016) la definizione della metodologia di valutazione dello scostamento di cui al descritto comma 524, lett. a), in coerenza con quanto disposto dall'art. 8-*sexies* del d.lgs. n. 502 del 1992, in materia di modalità di remunerazione delle prestazioni sanitarie.

Inoltre, entro il 31 dicembre 2016, con apposito decreto del Ministro della salute, sempre di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, dovevano essere inseriti aggiornamenti agli schemi di bilancio degli enti del SSN, al fine di dare evidenza, nel risultato di esercizio, delle voci di costo e di ricavo previste dall'articolo 8-*sexies* del d.lgs. n. 502 del 1992. L'articolo in questione, infatti, come già esposto, prevede che le strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del SSN siano finanziate secondo un ammontare globale predefinito, determinato in base alle "*funzioni assistenziali*" ed alle "*attività*" (come sopra definite).

Pertanto, anche le norme della legge di stabilità per il 2016 sembrano muoversi nell'ottica del conseguimento di un effettivo equilibrio fra ricavi da attività e costi operativi. Dalla lettura del DM Salute 21 giugno 2016 (la cui portata precettiva è, in seguito, venuta meno, come si vedrà, in ragione della sentenza della Corte costituzionale n. 192/2017), che ha individuato quali sono i ricavi ed i costi da prendere in considerazione al fine di valutare il sostanziale equilibrio economico degli enti del SSN ai sensi del sopra indicato comma 524, si può desumere (procedendo ad una lettura sistematica con gli artt. 8, e seguenti, del d.lgs. n. 502 del 1992, che disciplinano i parametri di finanziamento delle aziende sanitarie e ospedaliere), che il legislatore ha inteso rivedere l'equilibrio economico degli enti del SSN in senso sostanziale, e non solo contabile. In particolare, ciò che sembra rilevare non è tanto il pareggio di bilancio (conseguibile, da un'azienda ospedaliera non efficiente, mediante un finanziamento regionale sovrabbondante), ma l'effettivo equilibrio economico fra erogazione delle prestazioni sanitarie e relativa remunerazione standard. Nel caso in cui questo equilibrio non si verifici, perché i costi di struttura (in gran parte fissi) sono sensibilmente superiori ai ricavi che, in base al nomenclatore tariffario, la regione può



attribuire all'azienda ospedaliera, scatta l'obbligo di adottare la procedura di rientro prevista dalla legge di stabilità per il 2016.

Di conseguenza, gli enti del SSN che presentano il descritto "scostamento qualificato" fra costi e ricavi devono presentare alla Regione, entro novanta giorni, un piano di rientro, di durata non superiore al triennio, contenente le misure atte al raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario o al miglioramento della qualità delle cure e all'adeguamento dell'offerta (comma 528). Le regioni, nei successivi trenta giorni, devono valutare l'adeguatezza delle misure previste e la loro coerenza con la propria programmazione sanitaria, e, in caso positivo, approvarli con provvedimento della Giunta. In fase esecutiva, poi, la regione deve verificare trimestralmente il conseguimento degli obiettivi previsti dai piani di rientro e, in caso negativo, adottare misure per ricondurre in equilibrio la gestione, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza (comma 533). Si prevede, infine, che tutti i contratti dei direttori generali, inclusi quelli in essere, siano integrati con una clausola di decadenza automatica in caso di mancata approvazione del piano di rientro o di esito negativo della verifica annuale sullo stato di attuazione (comma 534).

La *ratio* che sottende l'intera disciplina è quella di prevenire situazioni di squilibrio economico che, in passato, hanno portato a far scattare in molte regioni i piani di rientro dai deficit sanitari. Il legislatore sembra puntare a interventi mirati in grado di colpire, con piani correttivi, solo gli enti sanitari che presentino gestioni economiche non equilibrate.

Come accertato in occasione dell'istruttoria funzionale alla relazione sulla spesa sanitaria regionale allegata al giudizio di parificazione del rendiconto della Regione Liguria per l'esercizio 2016 (deliberazione n. 65/2017/PARI), quest'ultima aveva individuato l'IRCCS Gaslini quale unica azienda sanitaria regionale che non rispettava i requisiti economici indicati dal sopracitato comma 524, senza, tuttavia, adottare formale provvedimento.

Come accennato, la Corte Costituzionale, con la sentenza n. 192 del 14 luglio 2017, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dei commi 526 e 536 della legge n. 208 del 2015, nella parte in cui prevedono che i decreti ministeriali ivi contemplati siano emanati "sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano", anziché "d'intesa" con la stessa Conferenza. Inoltre, medesima dichiarazione di illegittimità è intervenuta per i commi 524, 525 e 529, nella parte in cui prevedono che "i provvedimenti ivi contemplati siano adottati dalla Giunta regionale", anziché dal competente organo interno individuato autonomamente dalle Regioni. Poiché la suddetta intesa non è



stata ancora raggiunta, ed i suoi contenuti potrebbero modificare le indicazioni attuative recate dal citato decreto ministeriale 21 giugno 2016, al momento il procedimento di individuazione degli enti del SSR palesanti i presupposti previsti dalla legge risulta fermo (come accertato in sede di relazione sulla spesa sanitaria allegata al giudizio di parifica del rendiconto 2017 della Regione, cfr. deliberazione n. 106/2018/PARI).

P.Q.M.

La Corte dei conti, Sezione regionale di controllo per la Liguria, sulla base dell'esame del questionario del Collegio sindacale dell'IRCCS Gaslini sul bilancio d'esercizio 2016

accerta

- a) la chiusura in perdita dell'esercizio 2016;
- b) una quota di proventi imputabile al fondo sanitario indistinto particolarmente elevata in rapporto ai ricavi da erogazione di prestazioni sanitarie

invita

- a) l'IRCCS Giannina Gaslini a proseguire nell'attività di monitoraggio e controllo sul livello complessivo dei costi, in particolare di quelli oggetto di limitazione in base a regole di finanza pubblica;
- b) la Regione Liguria a rafforzare l'azione di programmazione finanziaria al fine di attribuire, ed erogare, entro la fine dell'esercizio di competenza, i contributi necessari a garantire l'equilibrio di bilancio delle aziende sanitarie, nonché a proseguire il percorso di finalizzazione dei finanziamenti attribuiti al numero ed alla qualità delle prestazioni sanitarie erogate dall'Istituto pediatrico.

Dispone che la presente deliberazione sia trasmessa all'Assessore alla sanità ed alla Direzione generale per la sanità della Regione Liguria, al Direttore generale ed al Presidente del Collegio sindacale dell'IRCCS Giannina Gaslini, nonché la pubblicazione, ai sensi dell'art. 31 del d.lgs. n. 33 del 2013, sul sito internet dell'Istituto pediatrico.

Il magistrato relatore
(Donato Centrone)

Il Presidente
(Fabio Viola)

